Ueber die Häufigkeit des runden Magengeschwürs in München.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Karl Schädel,
approb. Arzt aus Karlsruhe.

München, 1904.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Ueber die Häufigkeit des runden Magengeschwürs in München.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Karl Schädel,
approb. Arzt aus Karlsruhe.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

München, 1904.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Obermedizinalrat Prof. Dr. von Bollinger.

Seinen lieben Eltern

und einem teuren Angedenken

seiner lieben verstorbenen Mutter

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552302_0130

Krankheitssymptome von Magengeschwüren wurden bereits im Altertum zur Zeit des Hyppokrates erkannt. Doch wurden damals und auch in weit späterer Zeit Magengeschwüre wie überhaupt alle Geschwüre der Magenschleimhaut als Folgen einer chronischen und akuten Entzündung angesehen.

Genauere Angaben über die Ätiologie und Pathogenese des Leidens aber wurden erst im Jahre 1831 von Cruveilhier gemacht, insofern dieser das Magengeschwür als eine besondere Krankheitsform der Geschwüre der Magenschleimhaut erkannte. In Deutschland hat sich um diese Zeit vor allem Robitansky und im Jahre 1846 Virchow ein besonders grosses Verdienst um die Lehre vom Magengeschwür erworben.

Seit dieser Zeit nun sind Jahr für Jahr auf Grund von verschiedenen Experimenten gar grosse Meinungsverschiedenheiten aufgetreten. Den Grund dieser Uneinigkeit über die Entstehungsweise des Ulcus sucht man nun darin, dass noch niemand imstande war, bei Tieren Bedingungen zu schaffen, die ein Ulcus mit dem Charakter des Ulcus beim Menschen erzeugen. Und in der Tat, viele Autoren, welche, um die Behauptung Virchows zu beweisen oder widerlegen, — dass eine thrombotische oder embolische Verstopfung kleiner Gefässe infolge verschiedenartiger Erkrankungszustände ihrer Wände die Ursache für Ulcus beim Menschen seien, — Versuche anstellten, konnten nie ein Ulcus entstehen sehen, das sowohl in seiner Form und Zusammensetzung, wie auch in seinem chronischen Verlauf ganz und gar dem Ulcus beim

Menschen gleiche. Cohnheim hatte unter den Autoren, die sich wieder ausschliesslich mit diesen Experimenten beschäftigten, immerhin einen sehr schönen Erfolg erzielt, wie ihm auch allgemein zugestanden wurde. Aber auch er musste leider auf Grund seiner Experimente zu dem Schlusse kommen, dass durch Embolie und Thrombose ein Ulcus wie beim Menschen wohl in der Form, aber nicht in seinen sonstigen Eigenschaften, in der geringen Tendenz zur Heilung oder in Beziehung auf den Sitz des Geschwürs zustande zu bringen sei. Zu genau demselben Schluss kamen auch andere Autoren, welche durch die mannigfachsten Experimente Ulcerationen in der Magenwand erzeugten, so z. B. Fenvik, Talma, Ritter, Vami, Letalle, Ebstein, Quinke und andere.

Neuerdings hat van Yzern interessante Experimente angestellt mit besonderer Berücksichtigung auf die Bewegung, die Innervation des Magens und über den Einfluss des Nervus vagus auf die Motilität desselben sowie auf den Tonus des Magens. Bei vagotomierten Kaninchen hat er dabei eine grosse Übereinstimmung des Magengeschwürs mit dem des Menschen wahrgenommen und zwar in Beziehung auf die Form, auf den Sitz und auf den chronischen Verlauf desselben, welch letzterer Umstand bei anderen früheren Versuchen immer die grössten Schwierigkeiten hervorgerufen hatte. Auch in Beziehung auf die Symptome, als welche er beim Menschen besonders anfallsweise auftretende Magenschmerzen und Magenkrampf als die namhaftesten subjektiven bezeichnet, glaubt er eine besondere Übereinstimmung zwischen Menschen- und Tiergeschwür nachgewiesen zu haben. Magenkrampf hat er bei allen darauf untersuchten vagotomierten Kaninchen mit Ulcera gefunden. Auf Grund dieser Übereinstimmungen meint er, dass die Genesis des Ulcus, welches durch vagotomierte Kaninchen erzeugt wurde, dieselbe sei wie die des Ulcus rotundum von der Pars pylorica beim Menschen,

nämlich der Magenkrampf, zugleich auch als Ursache für die geringe Tendenz zur Heilung. Eine weitere Berechtigung zu dieser Annahme glaubt er auch darin zu finden, dass Gastroenterostomie die Menschen von ihren Magenbeschwerden befreit und Heilung des Geschwürs bewirkt; und dass er in Übereinstimmung damit bei vagotomierten Kaninchen nach ausgeführter Gastroenterostomie weder Magenkrampf noch Magengeschwür hat beobachten können.

Wenn wir nun diese Ansicht von van Yzern verteidigen wollten, müssten wir uns zunächst unbedingt die Frage vorlegen: Ist auch beim Menschen Magenkrampf die unmittelbare Ursache für die Entstehung eines Ulcus? Diese Frage wird nun von den meisten Autoren mit Entschiedenheit verneint. Man will direkt nachgewiesen haben, dass der Magenkrampf erst eine sekundäre Erscheinung sei, also eine Folge von Magengeschwür und auf reflektorischem Wege auf einen Reiz der Magenschleimhaut, welche defekt geworden ist, hier zustande käme. Jedenfalls hat man praktisch noch nicht nachgewiesen, dass beim Menschen in allen Fällen zuerst ein vom Nervus vagus bedingter Magenkrampf erst ein Ulcus entstehen lässt. Dass freilich Magenkrampf einen chronischen Verlauf eines Ulcus beim Menschen begünstigen kann, ist selbstverständlich; van Yzern hat damit übereinstimmend durch Vagotomie bei Kaninchen zunächst Magenkrampf und infolge davon ein chronisches Ulcus entstehen sehen.

Beim Tier mag also van Yzern wohl die Genesis des Ulcus nachgewiesen haben, auf die Genesis des Ulcus beim Menschen kann damit übereinstimmend aber erst dann ein Schluss gezogen werden, wenn nachgewiesen wird, dass Magenkrampf ein Ulcus hervorruft und das entstandene Ulcus dann in seinem chronischen Verlauf begünstigt wird durch den Magenkrampf. Solange dies nicht nachgewiesen ist, bauen wir nur auf theoretischer Basis auf; bis heute

ist dies auch noch nicht nachgewiesen, und wir können daher vorläufig auch keine Klarheit über die Genesis des Ulcus beim Menschen bekommen und müssen leider den Spruch, der auf dem 20. Kongress für innere Medizin bei einem in unser Gebiet einschlägiges Hauptthema gefällt worden ist: „Es bleibt alles beim alten," vorläufig bestätigen.

Aus diesem Grunde kann es natürlich mir auch nicht möglich sein, von einem bestimmten ätiologischen Moment bei meiner Arbeit einen Schluss auf die Häufigkeit des runden Magengeschwürs in München zu ziehen, wenn ich auch die meisten bis jetzt von Autoren bewiesenen Annahmen für die Genesis des Ulcus bei meiner Arbeit berücksichtigte. Ich muss mich also auch wie Scheuermann lediglich darauf beschränken, einen Schluss aus meiner Statistik insoweit zu machen, dass ich das Ergebnis meiner Statistik mit anderen vergleiche und bei dem dabei erhaltenen Resultat die sich herausstellenden Differenzen aus einer mit unserer Krankheit am häufigsten einhergehenden Komplikation zu erklären suche.

Sicher ist es, dass unter den konstitutionellen Krankheiten in erster Linie Anämie und Chlorose für das runde Magengeschwür disponieren, eine Tatsache, die von vielen Autoren, welche experimentelle Untersuchungen machten, bestätigt wurde. Es war aber entschieden zu weit gegangen, wenn man, wie es eine Zeitlang, man möchte fast sagen, Sitte war, jedes Ulcus ventriculi auf Chlorose oder Anämie zurückführen wollte. Ich habe bei meiner Arbeit diese Komplikationen besonders berücksichtigt und, wie später aus der Statistik ersichtlich ist, einen verhältnismässig geringen Prozentsatz erzielt.

Was die Häufigkeit des Ulcus ventriculi in München betrifft, so hat sich, wie in den früheren Statistiken in München, auch in der vorliegenden wiederum das seltene Vorkommen

des runden Magengeschwürs in München im Verhältnis zu anderen Städten bewahrheitet. Im Vergleich mit den früheren Statistiken ist die Prozentzahl, wie oben in der vergleichenden Statistik zu ersehen ist, wieder ziemlich konstant geblieben. Worin mag nun dieses seltene Vorkommen des Magengeschwürs in München gegenüber anderen Städten seinen Grund haben? Ich möchte diesen Grund am besten, abgesehen von der Ungleichheit des Materials, aus regionären Verschiedenheiten zu erklären versuchen.

Hierzu gehört vor allem die Ernährungsweise der Bevölkerung, welche in erster Linie Anämie und dann indirekt eine Entstehung eines Ulcus begünstigen kann. Dass auf direkte Weise die Entstehung eines Ulcus durch Ernährungsweise der einzelnen Individuen beeinflusst wird, ist noch nicht nachgewiesen worden und wird auch bezweifelt.

Denn der Behauptung von van Sohlern, dass sich bei von Vegetabilien nährenden Individuen der dadurch vermehrte Kaligehalt im Blute die Häufigkeit des Ulcus beeinflusse, insofern sie eine geringere ist als bei Fleischessenden, wie das in Russland, in der Rheingegend und in den bayerischen Alpen der Fall sei, steht wiederum die Behauptung von Westphalen entgegen. Dieser fand nämlich unter 3—4 Magenkranken etwa einen Fall von Sekretionssteigerung. Auch in anderen Ländern konnte nachgewiesen werden, dass von Vegetabilien sich nährende Individuen trotzdem eine ganz hübsche Prozentzahl von Ulcus und Hyperacidität zu verzeichnen hatten, so z. B. in der Provinz Oberhessen. Stoll glaubt der Anschauung Sohlerns nicht beistimmen zu können, indem die Züricher Bevölkerung bei einem mindestens ebenso grossen Fleisch- wie Vegetabiliengenuss eine sehr geringe Prozentzahl von Ulcus aufweist; dasselbe ist in München nachgewiesen worden. In München ist die Zahl der Fleischesser weit höher im Prozentsatz wie die der von Vegetabilien

sich Nährenden. Aus diesen ungenauen Übereinstimmungen erhellt also, dass ein Ulcus direkt von der Ernährungsweise nicht beeinflusst wird.

Dagegen wissen wir genau und es ist auch statistisch nachgewiesen, dass Anämie als sehr häufige Komplikation mit Magengeschwür dasselbe begünstigt und insofern könnte dann indirekt das Zustandekommen eines Ulcus auf die Ernährungsweise der einzelnen Individuen im Verein allerdings mit vielen anderen Anämie begünstigenden Momenten zurückzuführen sein.

Hier dürfte es nicht uninteressant sein, die Behauptung von Hauser, dass mit jedem chronischen Magengeschwür eine Gefässerkrankung einhergehe, zu berücksichtigen. Denn es ist erwiesen, dass gerade Anämie zu einer Gefässerkrankung den leichtesten Anlass geben kann. In der nachstehenden Statistik ergibt sich von 122 Fällen Ulcus rotundum eine Anzahl von 12 Fällen von Gefässarrosion mit profuser Blutung, davon tödliche Verblutung fünfmal. In der Mehrzahl dieser Fälle war Anämie als Komplikation mit angegeben. Ferner möchte ich gleich an dieser Stelle die Behauptung Hausers unterstützen, „dass sich disputieren lasse darüber, dass das chronische Magengeschwür hauptsächlich bei jugendlichen Individuen angetroffen werde, welche gegen Arterienerkrankung eine ausgesprochene Immunität besitzen“. Aus meiner Statistik ergab sich die Mehrzahl von Ulcus-Fällen im siebenten Dezennium, also zwischen dem 60. und 70. Lebensalter; für diesen Zweck habe ich zur besseren Übersicht in meiner nachstehenden Statistik die Häufigkeit der Fälle in abwärts führender Stufenfolge verteilt.

Noltes und Scheuermanns Ergebnisse bestätigen ebenfalls die Behauptung Hausers, insofern in ihren Statistiken das sechste Dezennium prävaliert und das fünfte. Wenn wir die Häufigkeit des Ulcus beim männlichen und weiblichen

Geschlechte vergleichen unter Berücksichtigung des Alters, so sehen wir bei Nolte und Scheuermann, dass beim männlichen Geschlecht das fünfte und sechste Dezennium die meisten Ulcus-Fälle aufweist, beim weiblichen Geschlecht das sechste und siebente Dezennium. Bei Stoll sehen wir beim männlichen Geschlecht das vierte und fünfte, beim weiblichen Geschlecht das vierte und siebente prävalieren. Stoll sucht den Grund, dass in seiner Statistik beim weiblichen Geschlecht das vierte und siebente und das fünfte und sechste Dezennium prävaliert, im Eintritt der Klimax, weil diese, wie bekannt, gerne Blutungen in anderen Organen hervorrufen und somit auch Blutungen in der Magenschleimhaut. Ich habe in meiner Statistik, wie nachher zu ersehen ist, ähnliche Resultate erzielt.

Möge es hier gestattet sein, die Krankengeschichte zweier Fälle von Ulcus rotundum anzuführen, bei denen Gefässerkrankungen die Ursache waren für die Quellen tödlicher Magenblutung. Beide Fälle mögen zugleich ein Beispiel sein, wie rasch oft Gefässerkrankungen in Verbindung mit Magengeschwür den Tod veranlassen können. Als Komplikation haben wir in beiden Fällen hochgradige Anämie.

I. Fall.

M. J., Arbeiter, 61 Jahre alt, wurde am 13. VII. 1900 8½ Uhr a. m. ins Krankenhaus gebracht. Er war bei der Arbeit plötzlich ohnmächtig geworden, so dass er von der Rettungsgesellschaft fortgeschafft werden musste. Nach einer Kampferinjektion erholte sich der Patient etwas und konnte nur mit sehr schwacher undeutlicher Stimme Auskunft geben, dass er Jahre lang magenleidend gewesen sei; in den letzten Wochen sei aber eine Verschlimmerung seines Leidens eingetreten und seit einigen Tagen habe er sehr heftige Schmerzen. Eine genauere Untersuchung war wegen der enormen Schwäche

des Patienten nicht mehr möglich. Patient hat schwarze Stühle; jedoch kein Erbrechen. Temperatur afebril 36,5°.

Die klinische Diagnose lautete: Ulcus ventriculi, Hämathemesis, Arteriosklerose.

Der Status praesens war folgender: Kräftige Person, Aussehen kollabiert, blass; Extremitäten blass; Lungenschall beiderseits vorne ohne Kürzung. Atmung Cheyne-Stokes. Herztöne kaum hörbar. Puls klein aussetzend. Arterienrohr der Radialis rosenkranzartig. Abdomen nicht aufgetrieben. Urin keinen zu erhalten, da Blase leer.

12¼ Uhr p. m. plötzlich Hämathemesis. Das Blut hatte eine hellrote Farbe. Nach wenigen Minuten Exitus letalis.

Der Obduktionsbefund*) ergab die Diagnose: Ulcus ventriculi der kleinen Curvatur. Arrosion der Art. coronaris ventric. inf. Umschriebene fibrinöse Perigastritis, Peripancreatitis, Perihepatitis, Pericholecystitis, Cirrhose der Nieren. Hypertrophie des linken Ventrikels, geringe Dalitation und Hypertrophie des rechten Ventrikels. Umschriebene fibrinöse Pericarditis. Emphysem der Lungen; hypostatische Hyperämie der Unterlappen. Verkleinerung der Milz. Allgemeine Anämie der Organe; beginnende Fäulnis.

II. Fall.

Dr. L., kgl. Geheimrat, 61 J. alt, litt in den letzten zwei Jahren vor seinem Tod an Verdauungsbeschwerden verschiedener Art mit Schwächegefühl und meinte beobachtet zu haben, dass dieselben bei Ruhe und scharfer Regelung der Diät aufhörten. Schmerzen in der Magengegend hatte er niemals. Nach einer Erholungsreise begannen bald wieder die alten Beschwerden, weshalb er sich pensionieren liess, zumal allgemein angenommen wurde, dass ungewöhnlich starke Arbeitsüberbürdung die Hauptursache seines Leidens sei.

*) Sektions-Journal des path. Instituts Nr. 710. J. 1900.

Nach einem kurzen Aufenthalt in Karlsbad, wohin er sich nicht zum Gebrauch der Kur, sondern zur Beobachtung und Erholung begeben hatte, kehrte er in auffallend geschwächtem Zustand, aber ohne bemerkenswerte Organsymptome zurück.

Der Status praesens war: Patient abgemagert, sehr anämisch. Muskulatur des Herzens schwächer als normal. Veränderungen am Magen oder anderen Organen nicht vorhanden. Keine Schmerzen und keine Druckempfindlichkeit waren am Magen zu konstatieren. Leichte gichtische Anschwellungen an den Gelenken und Anzeichen von Sklerose konnten beobachtet werden. Stuhlgang sehr erschwert. Anhaltspunkte für Carcinom nicht zu konstatieren. — Zehn Tage ante mortem, drei Tage nach der Rückkehr des Patienten von Karlsbad bekam er ganz plötzlich einen heftigen Anfall von Blutbrechen mit starkem Ohnmachtsgefühl; folgende Tage bei Ruhe und Diät ohne Störung; dann traten rasch hinter einander neue Anfälle von starkem Blutbrechen mit Ohnmachtsgefühl auf und während des letzten heftigen Blutbrechens erfolgte plötzlich der Tod.

In dem erbrochenen Blute fanden sich mehrfach Gewebsfetzen vor, welche sich bei mikroskopischer Untersuchung als Anhaltspunkte für Magenschleimhaut erwiesen.

Die Sektion*) ergab: Akutes Ulcus rotundum ventriculi von der Grösse eines Handtellers auf der hinteren Wand zwischen Cardia und Fundus; ausgedehnter Zerfall der anderen Organe. Massenhafter Bluterguss in den Magen und Darmkanal (ca. $1^1/_2$—2 Liter). Adipositas cordis. Hochgradige Anämie. Arthritis urica.

In Beziehung auf die Form und Grösse des Magengeschwürs sowie auf das Alter und Geschlecht des betreffenden Individuums konnte ich zwei Arten von Magengeschwüre beobachten.

*) Sektions-Journal des path. Instituts Nr. 768. J. 1901.

Die erste Art betrifft vorwiegend anämische und chlorotische Frauen im jugendlichen Alter. Hier verdient das Magengeschwür ganz richtig seinen Namen Ulcus rotundum; denn wir sehen meist ein förmlich kreisrundes Loch, welches ganz besondere Neigung zur Perforation zeigt. Die Ränder des Geschwürs sind ganz gleichmässig aufgeworfen und fallen trichterförmig, nach dem Geschwürsgrund zu enger werdend, ab. So beschaffene Geschwüre fand ich bei 16,39% der Fälle und von diesen wieder Geschwüre mit tödlichem Ausgang infolge von Perforatio-Peritonitis 9,83%.

Die zweite Art kommt häufiger bei Männern vor und mehr im späteren Alter. Hier sind oft Gefässerkrankungen als Komplikation vorhanden. Solche Geschwüre zeichnen sich aus durch besondere Grösse oft bis Handtellergrösse; auch ist das Geschwür mit dieser Beschaffenheit nicht immer kreisrund, sondern meist sogar sind hier die Ränder mehr oder weniger gebuchtet. Meist fallen auch bei so beschaffenen Geschwüren die Ränder nicht so staffelförmig zum Grund hin ab. Geschwüre dieser Art im späteren Alter beobachtete ich bei 26,22% aller Fälle; dabei ergaben sich Gefässerkrankungen als Quellen für die tödliche Magenblutung bei fünf Fällen, auf welche die bezeichneten Unterschiede genau zutreffen. Bei der Sektion wurden sklerotische Gefässveränderungen von den verschiedensten Arten wahrgenommen.

Aus diesen Beobachtungen suche ich auch die Erklärung für den Umstand, dass in meiner Statistik ungewöhnlicherweise die Häufigkeit des Magengeschwürs beim männlichen Geschlecht prozentualiter prävaliert. Die Grösse der Defekte bewegte sich zwischen den Grenzen von Linsen- bis Handtellergrösse.

Kinder bis zum 15. Lebensjahre habe ich in der Statistik ausgeschlossen.

Eine genaue Statistik von 1894—1902 inkl. als Fortsetzung derjenigen, die den Zeitraum von 1876—1894 betraf,

lasse ich jetzt folgen und stelle zur allgemeinen Übersicht und zum Vergleich die frühere nebenan.

Jahrgänge	1894—1902	1876—1994
Zahl der Sektionsprotokolle	8790	10123
Männliche Leichen	4668	5984
Weibliche Leichen	3699	4139
Davon Fälle von Ulcus ventriculi .	122 = 1,38%	138 = 1,37%
Beim männlichen Geschlecht . . .	63 = 1,34%	44 = 0,73%
Beim weiblichen Geschlecht . . .	59 = 1,59%	95 = 2,29%

Zusammenstellung der Fälle auf die einzelnen Jahrgänge verteilt, ergibt folgendes Resultat:

Jahrgang	Sektionen	Ulcera	Männer	Weiber
1895	969	11 = 1,13%	4 = 0,41%	7 = 0,72%
1896	1068	11 = 0,91%	8 = 0,72%	3 = 0,28%
1897	1162	21 = 1,80%	13 = 1,10%	8 = 0,79%
1898	1134	16 = 1,41%	8 = 0,70%	8 = 0,70%
1899	1201	19 = 1,58%	4 = 0,33%	15 = 1,23%
1900	1098	18 = 1,63%	10 = 0,91%	8 = 0,72%
1901	1171	17 = 1,45%	11 = 0,93%	6 = 0,31%
1902	987	9 = 0,50%	5 = 0,50%	4 = 0,40%

Sämtliche Fälle verteilen sich auf die einzelnen Jahrzehnte des Lebensalters in abwärtsführender Stufenfolge auf folgende Weise (in drei Fällen war das Alter nicht bezeichnet):

Dezennien	Lebensalter	Magen-geschwür	Weiber	Männer
7	60—69	24 = 19,67%	14 = 11,47%	10 = 8,10%
5	40—49	22 = 18,03%	14 = 11,47%	8 = 6,55%
3	20—29	19 = 15,56%	4 = 3,20%	15 = 12,2 %
6	50—59	18 = 14,76%	11 = 9%	7 = 5,65%
8	70—79	17 = 13,93%	6 = 4,83%	11 = 9%
4	30—39	12 = 9,91%	7 = 5,73%	5 = 4,09%
2	15—19	4 = 3,27%	2 = 1,63%	2 = 1,63%
9	80—89	3 = 2,45%	1 = 0,8 %	2 = 1,63%

Dabei ergaben sich folgende Beobachtungen:

	Jahrgang	
	1894—1902	1876—1894
Geheilte Geschwürsnarben	31 mal	51 mal
Einzelne	27 mal	36 mal
Mehrere	4 mal	15 mal
Offene Geschwüre	91 mal	105 mal
Einzelne	65 mal	79 mal
Mehrere	26 mal	26 mal
Geschwüre und Narben zugleich	6 mal	17 mal
Perforation von Geschwüren mit tödlichem Ausgang infolge von Perforatio-Peritonitis .	21 mal	25 mal
Gefässarrosionen mit profuser Blutung . .	12 mal	16 mal
Hierdurch tödliche Verblutung	5 mal	13 mal
Durchbruch in das Pankreas	5 mal	3 mal
Perforationen mit Verlötung der Nachbarorgane nämlich:	22 mal	19 mal
Unterer Leberrand	4 mal	1 mal
Pankreas	17 mal	8 mal
Omentum	1 mal	3 mal
Mesocolon	—	2 mal
Gallenblase	—	1 mal
Carcinoma ventriculi in unmittelbarer Nähe von Ulcus ventriculi rotunda	6 mal	3 mal

Dem Sitze nach fanden sich:

Geschwüre	Narben	Sitz
46	17	Kleine Kurvatur
32	9	Pars pylorica
3	1	Vordere Magenwand
2	3	Hintere Magenwand
5	2	Cardia
—	2	Grosse Kurvatur
2	2	Fundus
1	1	Nicht näher bezeichnet
91	31	

Sanduhrform zeigte der Magen in fünf Fällen. Gastroenterostomie wurde ausgeführt in vier Fällen.

Anämie und Chlorose als Komplikation zeigten sich in 28 Fällen, also ein verhältnismässig geringer Prozentsatz 22,10%.

Von Kombinationen waren zu bezeichnen:

A. Erkrankungen der Respirationsorgane:

Erkrankungen	1894—1902	1876—1894
Pleuritis adhaesiva	21	26
Emphysema pulmonum . . .	7	12
Phthisis pulmonum	19	21
Cirrhosis pulmonum	13	12
Lungenödem	15	nicht näher bezeichnet

B. Erkrankungen der Zirkulationsorgane:

Krankheiten	1894—1902	1876—1894
Endocarditis	6	7
Atrophia cordis	7	10
Myocarditis	5	9
Cor adiposum	11	16
Hypertrophia cordis	27	14
Atherosis cordis	2	1

C. Erkrankungen der Gefässe:

Krankheiten	1894—1902	1876—1894
Atherosis Aortae	4	2
Embolie	3	3
Thrombus	7	8
Atherosis anderer Gefässe . .	2	—

D. Erkrankungen des Digestionsapparates:

Krankheiten	1894—1902	1876—1894
Ectasia ventriculi	5	8
Diverticulum	1	1
Cirrhosis hepatis	4	3
Schnürleber	9	3

E. Erkrankungen des Nervensystems:

Krankheiten	1894—1902	1876—1894
Meningitis cerebrospinalis . .	1	2
Neuritis	1	—

Zum Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Obermedizinalrat Dr. Bollinger, meinem hochverehrten Lehrer, für die gütige Übernahme des Referates, Herrn Hofrat Dr. Hellermann für die gütige Überlassung der Krankengeschichte und Herrn Dr. Oberndorfer für die freundlichst gewährte Unterstützung bei der Abfassung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Rokitansky, Über das perforierende Magengeschwür. In den medizinisch. Lehrbüchern d. österreich. Staates. 1839. Bd. 18.
2. Virchows Archiv. Bd. V.
3. Hauser, Das chronische Magengeschwür. 1883.
4. Talma, Untersuchungen über Ulcus ventr. simplex Gastromalacie und Ileus. Zeitschrift für klinische Medizin 1890.
5. Greiss, Zur Statistik des runden Magengeschwürs. Inaug.-Dissert. Kiel 1879.
6. Nolte, Über die Häufigkeit des Ulcus ventriculi in München. Inaug.-Dissert. 1883.
7. Scheuermann, Über die Häufigkeit des runden Magengeschwürs in München. Inaug.-Dissert. 1896.
8. Cruveilhier, Anatomie pathologique du corps humain on Descriptions avec figures. Paris 1829—35.
9. Petersburger medizinische Wochenschrift. Bd. 25. 1900.
10. The Lancet. 1901 Bd. I.
11. Zeitschrift zur klinischen Medizin. Bd. 43. 1901.
12. Friedenthal. Inaug.-Dissert. Berlin 1898/99. 40—43.
13. Danziger Gust. Inaug.-Dissert. Würzburg 1882/91. 50—59.
14. Münchner medizinische Wochenschrift 1902. Nr. 22.
15. Münchner medizinische Wochenschrift 1902. Nr. 30.
16. Schmidts Jahrbücher 1902. 273/1.
17. Eulenburg, Realencykl. Bd. XIV.
18. Ziemssen, Spez. Pathol. 7 II.
19. Archiv für klinische Medizin. 53. 5—6.
20. Archiv für klinische Medizin. 73. 1902.
21. Blumensath Fr. Inaug.-Dissert. Kiel 1902.

Lebenslauf.

Ich, Karl Friedrich Schädel, Sohn des Grossh. Bad. Schlossverwalters M. Schädel, bin geboren am 27. März 1880 zu Karlsruhe in Baden. Das Gymnasium absolvierte ich am 29. Juli 1899 in Pforzheim in Baden. Meine ersten vier Semester studierte ich an der Universität Erlangen, wo ich am Ende des vierten Semesters die ärztliche Vorprüfung bestand. Im fünften Semester setzte ich meine Studien an der Universität Freiburg in Baden fort. Im sechsten Semester besuchte ich die Universität Berlin; das siebente Semester studierte ich an der Universität Erlangen. Das achte und neunte Semester setzte ich meine Studien an der Universität München fort, wo ich am 9. Dezember 1904 das ärztliche Approbationsexamen bestand.